



FAIRFAX COUNTY

DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES
Office for Children School Age Child Care
12011 Government Center Pkwy. – Suite 936
Fairfax, VA 22035 703-449-8989
FAX 703-653-1304
www.fairfaxcounty.gov/ofc

TRABAJADOR AUTONOMO FORMULARIO DE INFORMACION (trabajador autónomo menos de 12 meses)

Nombre del Padre _____ Nombre del Niño _____

Nombre del Negocio _____ Teléfono de la Casa _____ Celular _____

Dirección del Negocio _____ Teléfono del Negocio _____

Número de Cuenta _____ Duración en Tiempo en el Negocio _____

INGRESOS

1. Inicio del año hasta la fecha, Total del Ingreso Bruto (todos los ingresos antes de los gastos) \$ _____

2. Total del Ingreso Bruto, cálculo por 12 meses
(línea 1 dividida por el número de meses en operación) x 12 \$ _____

GASTOS

Use gastos que son aceptados por el IRS (se refiere al Formulario 1040 del IRS Listado C).
[Recibos pueden ser requeridos.]

3. Inicio del año hasta la fecha, Total de Gastos \$ _____

4. Total de Gastos, cálculo por 12 meses
(línea 3 dividida por el número de meses en operación) x 12 \$ _____

INGRESO NETO

5. Total del Ingreso Bruto menos el Total de Gastos (restar línea 4 de 2) \$ _____

Yo certifico que trabajo un mínimo de 30 horas por semana, y que es verdad la declaración financiera rigurosa de mis negocios. Yo entiendo que esta declaración será auditada y que el proporcionar información incorrecta o errónea es ilegal y puede resultar en la pérdida del servicio de cuidado de niños. Yo notificaré a la Registración de SACC de cualquier cambio en la información que consta arriba.

Firma del Padre _____

Fecha _____

O F C Office for Children
www.fairfaxcounty.gov/ofc



Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia.



Para solicitar adaptaciones razonables conforme la Ley sobre Personas con Incapacidades (ADA), llame a 703-4491414, O TTY 711.